

De

l'Hypertrophie marginale

DE LA GENCIVE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE

POUR L'OBTENTION

DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE DENTAIRE

PAR

MARC VULLIETY

de Genève (Suisse)

Médecin-Chirurgien-Dentiste, diplômé de la Confédération Suisse

GENÈVE

IMPRIMERIE HENRI STUDER, ROND-POINT DE PLAINPALAIS, 8

1926

Thèse N° 48.

De

l'Hypertrophie marginale

DE LA GENCIVE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE

POUR L'OBTENTION

DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE DENTAIRE

PAR

MARC VULLIETY

de Genève (Suisse)

Médecin-Chirurgien-Dentiste, diplômé de la Confédération Suisse

GENÈVE

IMPRIMERIE HENRI STUDER, ROND-POINT DE PLAINPALAIS, 8

1926

*La Faculté de Médecine, sur le préavis de MM. les
Professeurs A. BARDET et H. CRISTIANI, autorise
l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là
émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.*

Genève. le 8 Juillet 1926.

Le Doyen : H. CRISTIANI.

De l'hypertrophie marginale des gencives

Introduction

Parmi les diverses variétés d'hypertrophies gingivales que l'on peut observer dans la pratique journalière, il en est une que j'ai rencontrée par hasard plusieurs fois durant un court espace de temps et que, malgré mes recherches, je n'ai pu trouver décrite de façon satisfaisante. Ne l'ayant jamais vue pendant le temps des études ou du moins n'y ayant pas pris garde, force m'a été, devant la nécessité des cas à traiter, d'en observer les caractères, d'en rechercher les causes et d'essayer d'en provoquer la guérison dans le délai le plus bref. Le hasard m'ayant fait rencontrer neuf fois cette affection dans l'espace de cinq mois (hiver 1923-24), j'ai cru à une fréquence relativement grande. Ceci ne s'est pas vérifié ; il m'a fallu attendre près d'une année pour pouvoir observer cinq autres cas nettement caractérisés. Dès lors, j'en ai rencontré de temps à autre quelques exemples.

J'ai essayé, par l'étude de ses caractères morphologiques, de son lieu d'élection de sa résistance aux agents thérapeutiques divers de faire de cette hypertrophie marginale une affection particulière bien distincte et de préciser les caractères

tères qui la différencient des gingivites hypertrophiques, consécutives aux irritations par des agents divers (tartre, colonies microbiennes, etc.), réactions qui sont peu variées du reste. La fréquence de cette affection doit être relativement faible, si je juge par ce que j'ai pu en voir. Cependant, peut-être qu'après lecture de la présente étude quelques confrères pourront me dire s'ils l'ont observée et dans quelles proportions.

I. Description de l'Hypertrophie marginale des gencives.

Il s'agit d'une hypertrophie du bord de la gencive localisée au niveau des incisives centrales et latérales, s'étendant quelquefois aux canines et très rarement aux prémolaires. Elle existe soit à la mâchoire supérieure soit à la mâchoire inférieure, souvent aux deux. Quant à sa fréquence plus ou moins grande sur l'une ou l'autre des deux mâchoires, il est difficile de tirer une conclusion définitive du petit nombre de cas que nous avons eu l'occasion d'observer. Cependant sur quatorze cas, six intéressaient à la fois les deux mâchoires et huit la mâchoire supérieure seule ; donc cette dernière est atteinte dans tous les cas et dans aucun la mâchoire inférieure n'est seule en cause. Cette affection se remarque chez des sujets jeunes des deux sexes (huit jeunes filles et six garçons sur quatorze observations), entre douze et dix-huit ans.

Cette hypertrophie marginale débute toujours dans l'espace interdentaire, se propage à la gencive enserrant le pourtour du collet de la dent et finalement envahit l'espace interdentaire suivant. De la face vestibulaire, le liseré hypertrophique passe du côté palatin, où il est en général beaucoup moins marqué. Il se forme ainsi sur la face vestibulaire une sorte de repli muqueux tombant en avant de la dent comme un petit tablier plus ou moins mobile, à bord libre sinueux ou même profondément découpé. Les languettes de ce tablier sont presque toujours d'un rose plus vif que la gencive normale, sans toutefois arriver au rouge intense et

quelque peu violacé de la gingivite fongueuse ou ulcéreuse et de la pyorrhée avec dépôts de tartre noirâtre. Les bourgeons sont fermes, leur surface est brillante et pas très différente de la muqueuse à l'état normal. (1)

La longueur des replis hypertrophiques varie, semble-t-il, avec l'ancienneté de l'affection ; nous disons « semble-t-il », parce que les indications des dates données par les jeunes patients sont très variables, peu précises et difficiles à contrôler. Dans notre cas le plus remarquable, la longueur du tablier de muqueuse hypertrophiée, recouvrant une partie des incisives centrales, était de 3 millimètres (obs. 1).

Le degré d'hypertrophie paraît dépendre en partie de la forme de l'occlusion dentaire et de la position des dents. Les patients chez lesquels l'occlusion des incisives est normale ne présentent en général que des bourrelets hypertrophiques palatins insignifiants. Dans le cas où les incisives inférieures viennent appuyer sur le bord palatin de la gencive, le bourrelet hypertrophique palatin est plus gros et souvent creusé d'un sillon reproduisant fidèlement l'empreinte des incisives inférieures (obs. II). Au niveau des incisives placées en retrait de l'arcade (que ce soit les incisives centrales ou les latérales) l'hypertrophie marginale vestibulaire est plus forte (obs. III et IV) et son développement paraît favorisé par les irrégularités de position qui empêchent la pression labiale de se faire sentir de façon suffisante sur la gencive. Le muscle orbiculaire des lèvres agirait vraisemblablement comme un masseur vigoureux et constant qui tendrait à maintenir dans une certaine mesure l'intégrité gingivale.

¹⁾ Dans un cas (obs. 1) nous avons procédé à un examen histologique sommaire d'un des bourgeons excisés. L'épithélium aplati stratifié de la gencive normale est irrégulièrement épaissi et pénétré profondément par de longues papilles. Le chorion fibreux de la muqueuse est envahi par de nombreux fibroblastes, par quelques polynucléaires et présente çà et là du pigment brunâtre, reste de petits foyers hémorragiques. Les capillaires sont dilatés.

Cette affection est indolore, même dans les cas les plus accentués ; les malades ne se plaignent que de la facilité avec laquelle les gencives saignent même au contact de l'aliment le moins consistant. La mastication devient alors fort désagréable à cause de ces petites hémorragies. Cette hypertrophie à son début est souvent signalée par les enfants eux-mêmes parce que, en mordant soit dans une poire ou une pomme, soit dans un morceau de pain, le dessin de l'arcade dentaire se trouve reproduit en rouge sur la pulpe blanche du fruit ou dans la mie de pain.

Si l'on soulève à l'aide d'une spatule les languettes gingivales hypertrophiées, on ne trouve aucun dépôt minéral quelconque sur les dents, tout au plus y a-t-il quelques traces de sang desséché.

Les dents restent fermement implantées dans leur alvéole et à aucun moment de la maladie, le moindre ébranlement ne peut être observé.

L'haleine, elle aussi, est normale et ne présente aucune fétidité dans tous les cas où il n'existe que cette hypertrophie marginale nettement caractérisée. La composition de la salive ne présente rien d'intéressant ; ses réactions sont normales.

L'hypertrophie qui nous occupe est si typique qu'en aucun cas nous n'avons eu d'hésitations au sujet du diagnostic ; l'affection ne pouvant être confondue ni avec la gengivite fongueuse ni avec la gengivite hypertrophique ni avec l'hypertrophie vraie des gencives, ni avec l'épulis fibrome qui cependant s'observe aussi de préférence chez des sujets jeunes de 15 à 30 ans ⁽¹⁾ ni avec un angiome ou avec les bourgeons charnus entourant l'orifice d'une fistule.

(1) Ch. LENORMANT. Précis de pathologie chirurgicale, vol. VII, chapitre des tumeurs des maxillaires.

II. Observations personnelles

N° 1. — Mlle E. B., 15 ans. Jeune fille de bonne santé, tout au plus pourrait-on noter un peu d'anémie : 70 0/0 d'hémoglobine à l'hémoglobinomètre de TALQUIST. Elle se présente chez moi très inquiète de l'aspect de ses gencives fortement hypertrophiées ; elle n'accuse aucune douleur.

La denture est normale sauf les premières grosses molaires dont l'émail est légèrement hypoplasé. A noter : quelques obturations métalliques sur les molaires, et, sur les incisives supérieures, huit « ciments émail » qui ont été faits un mois auparavant par un confrère soigneux.

L'hypertrophie marginale de la gencive s'est produite peu de temps après la confection des dits ciments et cela autour des dents ayant supporté des ligatures de soie destinées à maintenir la digue de caoutchouc. La marge de la gencive est hypertrophiée au point de former une sorte de petit tablier dont le bord libre recouvre les incisives centrales sur une hauteur de 2,5 mm. et les latérales sur une hauteur de 2 mm. Ces bourrelets se continuent par des ponts dans les espaces interdentaires et forment, du côté palatin, de petites pelotes qui gênent la mastication. Il n'y a aucune trace de suppuration, ni aucun dépôt quelconque sur les dents qui sont brossées régulièrement. La mâchoire inférieure présente une muqueuse absolument saine.

Des antiseptiques variés sont essayés sans résultats notables. L'acide chromique chimiquement pur fait diminuer la rougeur du bord libre de la partie hypertrophiée ; par contre les pointes de feu amènent un mieux sensible sans guérison absolue toutefois.

Je fais alors des injections de novocaïne à 2⁰/₀ et enlève avec un thermocautère terminé en forme d'ongle de larges morceaux de gencive, sculptant pour ainsi dire une gencive de forme normale dans toute la partie hypertrophiée. Les parties lésées sont, après assèchement, badigeonnées avec du stérésol qui empêche de sentir la douleur de la brûlure dès le retour de la sensibilité et entrave une infection secondaire toujours possible. Après quatre jours, la gencive est presque revenue à l'état normal ; par ci par là, une petite proéminence persiste qu'une seconde série de cautérisations fait disparaître. La partie la plus rebelle est constituée par les bourgeons interdentaires qui sont plus difficiles à atteindre de par leur position.

La guérison est obtenue après cinq séances de cautérisation espacées de quatre à cinq jours. L'usage de la brosse à dents est naturellement défendu pendant le traitement et remplacé par des tamponnements avec de l'ouate imbibée d'eau oxygénée. Après 18 mois la guérison persiste.

N^o 2. — M^{lle} G. B., 17 ans. Jeune fille de santé médiocre, qui a toujours été chétive ; elle a suivi contre l'anémie divers traitements qui ne semblent pas avoir complètement réussi : 80 % d'hémoglobine.

Les dents sont en majorité obturées. Les incisives supérieures portent chacune deux petits ciments émail ou des porcelaines. Deux ans auparavant, elle avait subi un redressement de sa denture supérieure en protrusion.

L'examen nous montre une hypertrophie marginale de la gencive caractéristique localisée à la mâchoire supérieure. Les bourrelets gingivaux recouvrant les incisives sont beaucoup moins développés que dans le cas précédent. Ils n'ont guère que 1,5^{mm} de hauteur. La partie de gencive comprise dans les espaces interdentaires est par contre hypertrophiée

de façon très marquée, les incisives n'étant pas en contact par suite du redressement qui n'a pas été maintenu de façon complète pendant un temps suffisant. La mâchoire inférieure ne présente rien de particulier. L'affection est indolore mais gêne la patiente au point de vue esthétique.

Les antiseptiques variés (eau oxygénée, acide chromique, etc.) n'amènent aucun changement. Après cinq séances de cautérisations et applications de stérésol sur les parties blessées, la guérison est obtenue en un mois environ comme dans le cas précédent, de façon moins complète toutefois. La malade prend à ce moment de l'hémostyl Roussel contre certaines manifestations d'anémie (épistaxis, troubles menstruels). Cette médication, combinée ici avec un séjour d'altitude de six semaines, amène son taux d'hémoglobine à 90 ° ° et à son retour, la guérison des gencives est absolument complète.

N° 3. — M. B., 16 ans. Jeune homme de bonne santé : 80 ° ° d'hémoglobine au Talquist. Il vient me consulter pour des caries de ses molaires. L'état de sa bouche laisse à désirer malgré des soins réguliers. La salive est trop abondante et visqueuse. L'émail, de qualité inférieure, est très tendre et crayeux.

Les dents (*Angle* classe I) sont régulières, sauf du côté gauche où l'incisive latérale est en retrait de l'arcade et frappe bout à bout son antagoniste de la mâchoire inférieure.

La gencive supérieure présente au niveau des dents incisives et canines une légère hypertrophie marginale qui est fortement exagérée au niveau de l'incisive en retrait. Les douleurs sont nulles et les hémorragies insignifiantes. Le redressement, condition nécessaire à la guérison, ne peut être entrepris, le malade ne résidant à Genève que temporaire-

ment. Le patient raconte que le point de départ de cette hypertrophie a été un traumatisme produit par un morceau de zeste de pomme fiché entre l'incisive centrale et la latérale. De ce point l'affection se serait étendue à toutes les dents monoradiculaires ; l'usage de la brosse lui semble l'aggraver. Il n'y a pas d'ulcérations, point de dépôt, d'enduit ou de suintement quelconque. La gencive inférieure est parfaitement saine.

Après quatre séances de cautérisations et d'applications de stérésol, la guérison est complète sauf une rougeur plus intense au niveau de l'incisive latérale en retrait ; ceci laisse prévoir une récurrence prompte si le redressement n'est pas exécuté dans un avenir assez proche.

N^o 4. — M^{lle} K., 15 ans. Grande jeune fille n'ayant jamais été malade, mais de tempérament lymphatique très évident ; les lèvres sont trop épaisses et peu colorées. Le sang donne 80 ° d'hémoglobine au Talquist.

Les deux arcades dentaires sont d'une régularité parfaite sauf au niveau de l'incisive centrale supérieure gauche. Celle-ci, à la suite de l'extraction tardive de son homologue temporaire, se trouve en retrait de l'arcade et vient frapper la face linguale des antagonistes de la mâchoire inférieure.

De gros bourgeons trilobés recouvrent les incisives et les canines. Devant l'incisive centrale gauche c'est une sorte de tablier mesurant 2 millimètres ; de chaque côté de ce bourgeon principal, les lobes diminuent régulièrement de hauteur. Au niveau de la canine, ils sont presque insignifiants.

La mâchoire inférieure ne présente rien d'anormal. Il n'y a pas d'enduits ni de dépôts minéraux.

Après un redressement rapide que cette jeune fille est venue me demander de lui faire, l'hypertrophie persiste,

avec une forme un peu différente toutefois ; elle s'est égalisée et réduite à un bourrelet uniforme qui va d'une canine à l'autre et présente au niveau de chaque dent un volume à peu près égal.

Le traitement par les antiseptiques pendant quelques jours n'est pas concluant ; comme dans les cas nos 1 et 2, l'acide chromique fait diminuer légèrement la congestion sans guérir l'affection. Quatre séances de cautérisations à six jours d'intervalle ont raison de la maladie. Les mêmes soins antiseptiques sont donnés que dans les cas précédents.

N^o 5. — M^{lle} T., 15 ans. Jeune fille actuellement en bonne santé, quoique maigre et de teint pâle : 80 ° o d'hémoglobine. Elle a souffert d'entérite chronique de l'âge de 5 ans à celui de 7 ; elle a eu la fièvre scarlatine à 8 ans. Ses deux arcades dentaires présentent une courbe régulière ; les quatre deuxièmes grosses molaires n'ont pas encore percé et n'apparaîtront qu'à l'âge de 16 ans. Les dents sont toutes écartées et présentent entre elles un espace d'environ un demi millimètre. Leur émail est légèrement hypoplasie et strié d'une série de petits sillons très peu profonds parallèles au bord gingival et distants environ d'un millimètre les uns des autres. Il semble que les dents soient recouvertes de petites plaques d'émail dont les joints mal faits se seraient colorés sous l'influence des aliments. Malgré cela les dents sont saines et n'ont aucune réparation.

Cette jeune fille présente une hypertrophie marginale des gencives en forme de bourrelets qui s'étend à la mâchoire inférieure d'une canine à l'autre et à la mâchoire supérieure jusqu'aux deuxièmes prémolaires. Par suite de l'espacement des dents, le bourrelet forme à la mâchoire supérieure une série de ponts et encercle chaque dent l'une après l'autre. Les incisives ont l'air de sortir chacune du

milieu d'une grosse papille rouge. Le bourrelet n'existe pas sur la face linguale des dents à la mâchoire inférieure. Il n'y a aucun dépôt. Ce cas est celui où nous avons observé la plus grande extension de l'hypertrophie marginale des gencives. Les hémorragies se produisent à chaque repas, ce qui amène la malade à me consulter ; elle ne ressent du reste aucune douleur.

Après cinq séances de cautérisations, à quatre ou cinq jours d'intervalle, il y a encore une très forte inflammation. Au lieu de stérésol, les plaies sont badigeonnées avec le mélange iodoforme acide lactique (Iodoformmilchsäurebrei) conseillé par R. Neumann. Le résultat n'est guère plus satisfaisant et il faut encore trois séances de cautérisations espacées de huit jours pour obtenir une amélioration notable. Le bon résultat obtenu dans le cas de l'observation 2 avec la médication hémopoiétique (Hémostyl du Dr Roussel), nous donne l'idée de l'appliquer à nouveau. Il y a changement très net dès que le taux d'hémoglobine monte et la guérison est complète dès que celui-ci atteint 95 ° o.

N° 6. — M. V., 15 ans. Jeune homme de bonne santé. 90 ° o d'hémoglobine. Les dents sont saines, sauf les premières molaires inférieures qui sont cariées et amènent le patient à me consulter. Les deux arcades dentaires sont régulières et engrenent de façon normale. L'émail des douze dents, dont le pourtour gingival est hypertrophié, est absolument sain et lisse.

Les bourrelets hypertrophiques s'étendent à la mâchoire supérieure d'une canine à l'autre avec un maximum d'épaississement entre les incisives centrales et latérales droites. A la mâchoire inférieure la disposition est la même, avec cette différence que la partie la plus hypertrophiée est localisée entre l'incisive latérale droite et la canine. Il n'y a sur

les dents aucun enduit et aucun dépôt et pas le moindre suintement au niveau de la gencive.

Il est impossible au premier abord de trouver une cause quelconque à la maladie ; toute infection, même de date lointaine, devant être exclue. Dès une seconde visite, cependant, on aperçoit un petit point blessé dans la gencive, au niveau de l'incisive supérieure droite ; le patient ne peut expliquer la raison de cette blessure ni par le choc d'une dent de fourchette ni par l'action d'un aliment dur. Lors d'une autre visite, une blessure semblable se retrouve dans les mêmes conditions à la mâchoire inférieure. Tout en continuant le traitement, je prie le patient d'observer ses gestes en tout ce qui concerne sa bouche, alimentation ou nettoyage. Au bout de quelques jours, il vient m'annoncer que cette blessure double est due à un tic. Chaque fois qu'il fait un travail écrit et qu'il s'arrête pour réfléchir, il fait tourner entre ses incisives la pointe de son crayon ou de son porte-plume, repousse la gencive, la pique plus ou moins fort sans y prendre garde et arrive ainsi à la faire saigner. Ce n'est qu'à force de précautions et d'attention qu'après quelques semaines ce tic est aboli. La blessure n'existant plus, tout le bourgeon gingival s'égale sans disparaître de lui-même.

Les séances de cautérisation sont espacées, les trois premières de dix jours, les deux suivants de cinq.

La composition iodoformée de Neumann est abandonnée pour le stérésol à cause de son goût désagréable et persistant, qui n'est pas compensé par une action plus favorable ou plus énergique.

N° 7. — M^{lle} K., 17 ans. Personne d'aspect lymphatique, de teint pâle, aux muqueuses décolorées. 70 ° o d'hémoglobine. Les dents, de forme et de grandeur normales, sont

régulières avec cependant une légère protrusion des canines supérieures, entraînant une irrégularité correspondante de la mâchoire inférieure. L'émail des dents, quand celles-ci sont sèches, apparaît crayeux et tendre, attaquable par simple grattage à la curette. Il existe sur ces dents une série de ciments émail dont la surface dépasse les bords de leurs cavités.

L'hypertrophie marginale de la gencive n'existe qu'à la mâchoire supérieure et s'étend de la première molaire d'un côté à celle de l'autre. Il ne s'agit pas d'une bande continue, mais d'une série de gros bourgeons localisés à chaque espace interdentaire. Ceux-là présentent en outre cette particularité d'être trilobés et mobiles au point de paraître pédiculés.

Le polissage des obturations défectueuses n'amène pas de changement très considérable, ce qui semblerait indiquer que la cause qui a déclenché l'hypertrophie est plutôt l'irritation produite par les ligatures de soie ou par les crampons et que les obturations débordantes n'ont fait que l'entretenir.

Traitement par excision au bistouri, puis au thermocautère. Stérésol. Hémostyl par voie buccale. Une grande amélioration est obtenue au bout de cinq séances à six jours d'intervalle. Les bourgeons interdentaires qui persistaient encore à ce moment s'effacent peu à peu sans soins locaux particuliers. La malade continue par contre un traitement de son état général. Revue au bout de six mois, elle est parfaitement guérie.

N° 8. — M. W., 16 ans. Jeune homme de bonne santé à l'époque actuelle ; il a été très anémique pendant son enfance de 4 à 7 ans. Au moment où nous le traitons pour des caries de molaires, le Talquist indique 80° 0 d'hémoglobine.

Les deux arcades dentaires sont régulières et engrenent normalement. Les incisives centrales supérieures ont deux fortes caries du collet dont l'obturation nécessite l'emploi de crampons pour maintenir la digue. Une hypertrophie marginale apparaît douze jours après cette opération. Les incisives latérales et les canines ne sont pas obturées et cependant le bourrelet hypertrophié s'est étendu de chaque côté jusqu'à l'espace séparant la canine de la première prémolaire. La gencive ne présente rien de remarquable à la mâchoire inférieure. Sous le bourrelet, il n'y a aucun dépôt minéral. Les deux premières séances de cautérisation ayant été suivies d'un mois de vacances, leur effet a été annulé par ce laps de temps durant lequel il n'y a eu aucun soin. Il faut de nouveau cinq cautérisations espacées de huit jours en huit jours pour avoir la guérison complète.

N^o 9. — M^{lle} P., 16 ans. Jeune fille en bonne santé, qui n'a jamais eu de maladie grave. Taux normal d'hémoglobine.

Les premières molaires sont en mauvais état et n'ont pas fait, à la mâchoire inférieure, leur éruption complète ; elles sont restées notablement plus bas que le niveau normal au-dessus de la gencive. Les autres dents portent quelques ciments. D'autre part les incisives inférieures présentent un certain degré de rétrusion et, n'étant plus arrêtées par le contact des antagonistes, viennent frapper contre le bord gingival palatin et y forment un sillon assez profond (1).

Ce cas correspond à la division 2 de la classe 2 de *Angle*

(1) Le frère de la patiente présente une malformation buccale semblable, avec cette complication curieuse que les incisives supérieures viennent frapper les gencives sur la face labiale, en avant des incisives inférieures. Cette fonction anormale est très gênante, mais on ne remarque aucune trace d'hypertrophie. L'irritation mécanique ne doit donc pas être suffisante pour amener l'hypertrophie. Il est vrai de dire que la santé générale de ce jeune homme est excellente. (Sang normal.)

sur les malformations dentaires. La gingivite marginale s'est développée rapidement, en un mois, au dire de la patiente, et sans qu'elle puisse lui donner de cause déterminante. Au moment où elle vient me consulter, des bourgeons hypertrophiques sont très fortement développés sur le bord de la gencive devant et entre les incisives supérieures. A chaque mouvement d'occlusion, ces bourgeons sont projetés en avant par la pression que font les dents inférieures sur le bord gingival palatin hypertrophié lui aussi, pression qui se transmet à travers les espaces interdentaires. Ces bourgeons deviennent alors turgescents, de couleur plus foncée et saignent.

Le traitement de ce cas fut compliqué, nécessita la pose d'une prothèse restauratrice sur les molaires pour empêcher le choc des incisives inférieures sur la gencive. Puis cinq séances de cautérisation espacées de 6 à 7 jours amenèrent la guérison complète qui dure depuis trois ans.

N° 10. — M. F., 14 ans. Jeune garçon malingre et pâle, trop grand pour son âge et voûté. Son taux d'hémoglobine est de 70 % au Talquist.

Les dents sont régulières, bien formées et engrenent normalement. Les incisives supérieures portent des obturations de ciment émail en bon état. Il vient me consulter pour cinq caries dont sont atteintes les autres dents ; deux caries du troisième degré sur les premières prémolaires inférieures et une du deuxième degré sur la première molaire supérieure présentent cette particularité d'être obstruées par des bourgeons gingivaux comblant complètement leur cavité. Les deux autres caries intéressent la face triturante des molaires.

A la mâchoire supérieure, l'hypertrophie marginale s'étend d'une canine à l'autre ; à partir de la première pré-

molaire, la gencive est saine jusqu'à la deuxième molaire. Les languettes sont surtout développées dans les espaces interdentaires, mais sont cependant reliées entre elles sur la face labiale des incisives par une bordure haute d'un millimètre et de couleur beaucoup plus vive que le reste de la gencive qui est très pâle.

A la mâchoire inférieure, l'hypertrophie marginale existe aussi, mais ne forme pas un cordon continu. Il n'y a qu'une série de cinq petits bourgeons rouges dans les espaces séparant les incisives et les canines les unes des autres. A la mâchoire supérieure comme à l'inférieure il n'y a pas d'hypertrophie notable de la gencive du côté buccal.

Après enlèvement au bistouri des proliférations remplissant les caries, celles-ci sont obturées. Ce traitement n'influence en rien l'hypertrophie marginale qui est guérie par cinq séances de cautérisations avec cinq jours d'intervalle.

N° 11. — M. Sch., 13 ans. Enfant né et élevé à Paris, envoyé en Suisse pour consolider une santé qui laisse un peu à désirer. Il a l'aspect du petit citadin : teint peu coloré, taille légèrement au-dessous de la moyenne, mais bien proportionné. Son taux d'hémoglobine n'est que de 70° 0. Il n'a jamais eu de grave maladie : une coqueluche à 3 ans, une rougeole à 5.

Les deux arcades dentaires sont régulières sauf au niveau des incisives centrales supérieures qui sont en retrait de l'arcade. Leur face labiale vient frapper un peu en arrière du bord des incisives inférieures sur la face linguale de celles-ci (1). De gros bourgeons en forme de tabliers trilobés, longs de deux millimètres environ, recouvrent la base des incisives et se continuent à travers l'espace anormal qui

(1) Ce cas ressemble à l'observation IV.

sépare chaque incisive centrale de sa voisine latérale, sous forme d'une boule hypertrophique très rouge. En avant des incisives latérales, le bourgeon hypertrophique est déjà beaucoup moins considérable et il disparaît devant les canines. A la mâchoire inférieure, il y a un léger indice d'hypertrophie qui se borne à des languettes de gencives interdentaires un peu volumineuses et trop rouges.

Après injection de novocaïne, les gencives sont sculptées au thermocautère. A la suite de trois séries de cautérisations, on pourrait considérer le malade comme guéri, s'il était possible de redresser les incisives centrales supérieures et de les mettre à leur place normale. Malheureusement le patient ne reste pas à Genève un temps suffisant pour effectuer cette régularisation et part à la montagne. Je le revois six mois après : les bourgeons des espaces interincisifs sont réapparus, mais il n'y a plus de bourgeons recouvrant les incisives latérales. A la mâchoire inférieure tout est en ordre. Le Talquist indique alors 90 °/o d'hémoglobine. Cette récive incomplète n'a pas été traitée, le malade ayant quitté Genève.

N° 12. — M^{lle} T., 12 ans. Jeune fille en bonne santé ; taux d'hémoglobine presque normal (entre 90 et 100 °. o). La bouche est en mauvais état du fait de la pusillanimité de la patiente, qui n'a jamais voulu faire extraire ses prémolaires temporaires supérieures et inférieures qui sont gravement cariées et entourées de bourgeons hypertrophiques de grosseur et de forme très diverses.

L'hypertrophie marginale de la gencive s'étend à chaque mâchoire d'une canine à l'autre et rejoint plus ou moins les bourgeons encerclant les prémolaires cariées. Le bourrelet hypertrophié est moins volumineux à la mâchoire inférieure qu'à la supérieure. Malgré cet état défectueux de la mâ-

choire, les douze dents antérieures sont propres et n'ont aucun dépôt de tartre salivaire ou sérique ; à noter cependant de petites obturations en ciment ordinaire sur les incisives supérieures ; les molaires de 6 ans sont saines.

Après beaucoup de peine et de supplications, j'arrive à extraire toutes les molaires temporaires et laisse alors la malade deux mois sans aucun traitement, pour permettre aux gencives de guérir leurs traumatismes et de border de façon normale les prémolaires définitives en voie d'éruption. Après ce laps de temps, fait curieux, les gencives sont redevenues normales au niveau des premières prémolaires, mais l'hypertrophie marginale de la gencive existe encore tout le long des incisives inférieures et supérieures. Il faut quatre séances de thermocautérisation (les deux premières à quatre jours d'intervalle et les deux autres à huit jours), pour avoir une gencive normale sur toute sa longueur. Encore y a-t-il facilement de légères récides d'inflammation au niveau des incisives portant des obturations. La malade revue trois mois après le traitement, nous montre des gencives en ordre, avec tout au plus une propension aux hémorragies, celle-ci plus grande à la mâchoire supérieure qu'à l'inférieure.

N° 13. — M. A. G., 13 ans. Garçon de bonne santé, mais avec une anémie assez marquée (entre 70 et 80 ° o d'hémoglobine au Talquist). Il vient me consulter pour des caries dentaires douloureuses. Les dents sont régulières avec légère hypoplasie de l'émail des incisives centrales supérieures et des quatre incisives inférieures, anomalie produite vraisemblablement à la suite d'une fièvre scarlatine que l'enfant a eue à quatre ans et demi. Les cavités de ses caries, localisées aux deux premières molaires supérieures et à la molaire inférieure gauche sont comblées, comme cela arrive souvent, par des excroissances de la muqueuse gingivale.

Ce cas rappelle beaucoup l'observation N^o 10.

L'hypertrophie marginale s'étend, d'une canine à l'autre, sous forme de languettes volumineuses saillant dans les espaces interdentaires, mais elles ne sont pas réunies par un tablier sinueux recouvrant la base des incisives. Elles existent aux deux mâchoires, leur développement est moindre à la mâchoire inférieure qu'à la supérieure. Il n'y a ni suintement ni dépôt quelconque.

Les caries sont obturées après excision des bourgeons gingivaux qui les remplissaient ; ceci n'amène aucun changement dans l'aspect de l'hypertrophie marginale. Celle-ci est alors traitée par thermocautérisation et badigeonnage au stérésol. La guérison est obtenue en cinq séances.

Quatre mois après les gencives sont normales, mais de petites caries sont apparues sur les incisives latérales supérieures et sont obstruées avec du ciment émail. Avant l'application de la digue, nous prenons la précaution de désinfecter soigneusement à l'eau oxygénée les gencives, puis de les sécher à l'alcool. Malgré cela, huit jours après, il y a nettement réapparition de l'hypertrophie marginale dans les espaces interdentaires. Ce début de récurrence est arrêté par deux séries de pointes de feu. La mâchoire inférieure reste indemne. Il eût été intéressant d'essayer l'action de l'hémostyl, mais diverses raisons nous ont empêché de le faire et de vérifier ainsi, une fois encore, si la diminution de l'anémie n'amenait pas une amélioration de l'affection gingivale.

N^o 14. — M^{lle} A. B., 14 ans. Jeune fille en bonne santé ; 80^o % d'hémoglobine. Les deux arcades dentaires sont régulières, mais les dents sont écartées avec des intervalles d'un demi à un millimètre. Les quatre premières prémolaires manquent. La patiente vient consulter parce qu'elle trouve

que ses gencives ont un vilain aspect. Seule la mâchoire supérieure est atteinte de l'hypertrophie marginale de la gencive ; celle-ci est localisée au pourtour des incisives et des canines. Un bourrelet hypertrophique plus rouge que le reste de la gencive encercle chacune de ces dents ; il est toutefois moins marqué du côté palatin que du côté labial. La douleur est nulle, il n'y a ni dépôt ni suintement. Les hémorragies sont faibles.

La patiente ne peut nous indiquer la date du début ni la raison probable de l'apparition de cette affection. D'elle-même elle a renoncé à la brosse à dents, le simple lavage avec de l'ouate lui convenant mieux.

Ce cas est assez difficile à guérir, il faut cinq séances de cautérisations pour arriver à un état à peu près normal. Cependant, à la suite de la plus petite irritation, l'affection recommence et tend à prendre une allure chronique. Les hémorragies deviennent plus rares à la suite de l'emploi d'astringents végétaux, sans toutefois cesser complètement. Cet état de sensibilité à toutes les irritations dure jusqu'au moment où l'on se décide à employer une médication contre l'anémie (Hémostyl).

III. Etiologie et traitement

L'analyse des observations qui précèdent permet de tirer quelques considérations générales, au point de vue de l'étiologie de l'hypertrophie marginale de la gencive. Comme nous l'avons dit au début de ce travail, l'hypertrophie marginale des gencives s'observe chez les individus jeunes des deux sexes dans des proportions à peu près égales, avec toutefois une légère prédominance en faveur du sexe féminin (huit contre six).

Il semble qu'il y ait à chercher dans l'étiologie de cette affection, comme c'est presque toujours le cas, trois ordres de causes : des causes prédisposantes relevant de l'état général, des causes déterminantes purement locales, enfin des causes adjuvantes conférant à la maladie une certaine chronicité.

Parmi les causes prédisposantes nous avons été frappés de ce que dans tous les cas il y avait un déficit plus ou moins marqué, quelquefois considérable, dans les taux de l'hémoglobine. Le terrain anémique serait donc semble-t-il favorable à l'éclosion de cette maladie. Nous avons en effet remarqué que la guérison avait été souvent facilitée par un traitement général de l'anémie et qu'elle avait coïncidé avec un relèvement du pourcentage d'hémoglobine (obs. II et V). Nos meilleurs résultats ont été obtenus par l'emploi de l'hémostyl du Dr ROUSSEL dont les propriétés hémo-poïétiques et anticoagulante ont été soulignées par divers auteurs (P. CARNOT et M^{lle} C. DEFLANDRE-BROCA, etc.)

D'autre part WESKI, BECK, etc.,⁽¹⁾ admettent une prédisposition familiale aux hypertrophies de la gencive.

En ce qui concerne les causes locales, il faut éliminer avant tout l'infection, du moins primaire ; en effet l'hypertrophie marginale ne doit pas être attribuée à une localisation microbienne ; dans aucun cas nous n'avons observé de suintements, d'ébranlements dentaires ou quelque autre manifestation pouvant faire croire à l'existence d'un foyer infectieux quelconque. L'hypertrophie marginale paraît résulter de traumatismes des gencives : blessure faite par un instrument aigu (obs. VI), ou plus simplement par un zeste coupant (obs. XIV et communication personnelle du Dr POLET) etc. ; mais ce qu'il faut incriminer avant tout, ce sont les traumatismes des gencives inévitables dans certaines opérations dentaires telles que confection de ciments-émail nécessitant l'emploi de la digue (obs. I, II, VIII et XIII). Nos observations VIII et XIII sont des plus démonstratives à ce sujet ; dans l'une comme dans l'autre nous avons vu l'hypertrophie marginale se développer quelques jours après la pose de fils de soie ou de crampons. Dans le second cas même, elle a éclaté quels qu'aient été les soins antiseptiques pris avant l'opération dentaire. L'application de fils de soie ou de crampons décolle légèrement la gencive. Le bord gingival n'étant plus tendu sur les dents, mais libre, est soustrait aux corrélations mécaniques ou autres qui maintiennent son intégrité ; il s'accroît de façon analogue à un polype.

Un point intéressant est la propagation de proche en proche de l'hypertrophie marginale à des parties de la gencive éloignées du point lésé au début.

Comme causes adjuvantes nous devons considérer toutes

(1) BECK gingivitis hypertrophica .Medizinische klinik Berlin. 1925 tome XXI N° 28.

les irrégularités dentaires. En effet dans trois de nos observations, l'hypertrophie est venue se greffer sur des malocclusions. Dans les cas IV et IX, la guérison n'a été obtenue qu'après un redressement dentaire ou après la pose d'un appareil correcteur ; tandis que dans le cas XI où semblable travail n'a pas été fait, il y a eu récurrence de l'hypertrophie et tendance à la chronicité.

En résumé, l'hypertrophie marginale paraît éclater à la suite de traumatismes chez certains individus offrant un terrain favorable (anémie entr'autres). En effet, la pose de crampons ou de fils de soie décollant les gencives, opération très fréquente, n'est suivie que rarement de cette hypertrophie particulière, ce qui souligne bien l'importance du terrain.

Une fois installée l'hypertrophie ne paraît avoir aucune tendance à la résolution spontanée. La mastication irritant à chaque instant ce bord gingival tuméfié et mobile, l'affection tend à la chronicité ; celle-ci peut être facilitée par les malocclusions qui augmentent les irritations mécaniques de la mastication.

Quant au traitement, il faut souligner l'insuccès des antiseptiques simples ou caustiques (acide chromique) ce qui n'est point pour étonner, puisque l'hypertrophie marginale n'a pas une base microbienne. L'excision de la marge hypertrophiée est le seul traitement radical ; en effet cette ablation du bourrelet mobile supprime les traumatismes secondaires qui entretiennent l'hypertrophie et empêchent sa résorption. Le bord gingival cicatrise alors normalement et retrouve son adhérence à la base des dents, adhérence qui n'est empêchée par aucun dépôt minéral ou autre. Il est à conseiller de faire après cette excision des applications antiseptiques (stérésol) et des lavages, pour éviter qu'une infection secondaire ne vienne gêner la cicatrisation normale et déterminer une gingivite infectieuse ordinaire.

IV. Discussion et diagnostic différentiel.

Nous avons recherché dans la littérature dentaire moderne et dans quelques publications de médecine générale, si nous pouvions trouver des observations de l'hypertrophie marginale de la gencive, semblables aux nôtres. Nous n'avons su en trouver qu'un nombre assez restreint, soit que cette maladie n'ait pas été observée assez fréquemment pour qu'il ait valu la peine d'en publier des relations écrites, soit qu'elle ait passé inaperçue du fait d'une complication qui en aurait modifié les caractères, soit enfin qu'elle ait été confondue avec une autre gingivite ou avec l'hypertrophie simple des gencives.

Seuls parmi les auteurs que nous avons consultés, MORAL et FRIBOES ⁽¹⁾ citent (et figurent) deux cas d'une hypertrophie gingivale qu'ils appellent gingivitis hypertrophicans et qui est d'aspect identique à ceux que nous avons décrits. Dans le premier cas (chez une jeune fille d'environ 20 ans) les papilles interdentaires surtout sont hypertrophiées à la mâchoire supérieure comme à l'inférieure ; elles sont multilobées (traubig verdickt), leur couleur est rouge pâle. L'aspect du côté labial et la forme de l'hypertrophie sont absolument caractéristiques, mais la gencive ne saigne pas alors que ce symptôme est presque constant dans nos observations. Dans le second cas, ni l'âge ni le sexe du sujet

⁽¹⁾ MORAL et FRIBOES. Atlas der Mundkrankheiten. 1924.

ne sont indiqués ; l'affection est vieille d'une année déjà, elle s'est produite très graduellement et ne cause que peu de gêne pendant la mastication. Les papilles interdentaires sont surtout hypertrophiées comme dans le premier cas ; elles ont une couleur un peu plus foncées que le reste de la muqueuse. La disposition multilobée est moins indiquée que dans le cas précédent, mais une partie de la dent est recouverte par la gencive hypertrophiée. La muqueuse gingivale malade et la muqueuse saine s'unissent sans démarcation nette et se fondent l'une dans l'autre, détail de structure que les auteurs considèrent comme un élément de diagnostic différentiel d'avec le fibrome.

* * *

Les gingivites peuvent être envisagées de deux façons différentes, soit qu'on les considère au point de vue étiologique. (1) soit au point de vue anatomopathologique et chimique.

Parmi les formes cliniques, l'hypertrophie marginale de la gencive ne peut guère être confondue qu'avec la gingivite fongueuse déjà décrite par Magitot et la gingivite hypertrophique ordinaire, à la rigueur peut-être avec l'hypertrophie proprement dite des gencives.

Comme l'hypertrophie marginale, la *gingivite fongueuse* est favorisée par certaines diathèses (anémie, chlorose) et caractérisée par des végétations charnues interdentaires irrégulières, festonnées, qui sont le siège d'hémorragies fréquentes, conséquence de la riche vascularisation de ces bourgeons qui sont de couleur plus foncée.

(1) Voir NOGUÉ : Dans Gaillard et Nogué. Traité de Stomatologie 1924, vol. VII.

SCHEFF. Handbuch der Zahnheilkunde. 1910, II. Band. 2te Abt.

Mais ce qui distingue ces deux affections, semblables à première vue, c'est la qualité histologique des bourgeons ; dans la gingivite fongueuse en effet, ceux-ci sont formés de tissu de granulation dépourvu d'épithélium ; ils sont accompagnés de suintement, d'enduits et de dépôts de tarte. Toutes ces caractéristiques font défaut dans l'hypertrophie marginale. Cette dernière donne des bourgeons lisses, brillants, revêtus d'épithélium ; leur aspect n'est pas très différent de celui de la muqueuse avoisinante malgré leur léger état congestif, de plus ils sont indolores. Il n'y a ni suintement ni dépôt. L'hypertrophie marginale est une affection particulière tandis que la gingivite fongueuse est davantage une complication d'une maladie primitive (stomatite catarrhale, par ex.) plutôt qu'un genre pathologique nettement défini ; elle a du reste une tendance à se transformer par cicatrisation scléreuse et semble alors rentrer dans la variété dite gingivite hypertrophique ordinaire.

Cette *gingivite hypertrophique ordinaire* est la seconde forme d'affection buccale avec laquelle l'hypertrophie marginale pourrait être confondue. Cependant il semble que la première soit, comme nous venons de le voir, plutôt le terme d'évolution d'une autre gingivo-stomatite (gingivite fongueuse) qu'une entité morbide primaire. Comme dans l'hypertrophie marginale les bourrelets et bourgeons présentent des surfaces roses et brillantes et sont recouvertes d'épithélium ; ils saignent facilement et leur présence ne provoque pas de douleur spontanée. Mais, différence essentielle, dans la gingivite hypertrophique ordinaire le bourgeon s'étend unilatéralement à toutes les dents et favorise leur déchaussement. L'affection évolue lentement ; elle est localisée à la mâchoire inférieure et atteint, à tout âge, le sexe masculin de préférence. Par contre la forme que nous décrivons est toujours localisée à la partie labiale des arca-

des dentaires (région des incisives et des canines) et n'est jamais suivie de déchaussement ; elle évolue rapidement, en huit jours parfois (obs. XIII) ; elle atteint généralement les deux mâchoires ou quelquefois reste localisé à la mâchoire supérieure, mais jamais (dans nos observations tout au moins) elle ne se rencontre à la mâchoire inférieure seule, elle frappe plus volontiers les jeunes filles que les garçons et s'observe presque exclusivement pendant l'adolescence.

Quant à l'*hypertrophie généralisée de Raynal* (gingivite hypertrophique de Magitot), elle est vraiment si différente de l'affection que nous étudions qu'il est impossible de faire le moindre rapprochement entre elles, d'autant plus que celle-là est une maladie congénitale ou de la première enfance, peut-être même familiale. Elle donne de grosses masses mamelonnées et multifformes, qui se développent tout autour des dents, lesquelles finissent par être profondément enchassées dans les formations charnues recouvrant toute l'arcade dentaire. Parmi les variétés de gingivite basées sur l'étiologie, nous pouvons éliminer toutes les gingivites d'origine toxique ou infectieuse, puisque la forme qui nous occupe est une hypertrophie par irritation locale. Seule la gingivite tartrique pourrait être invoquée ; mais le diagnostic différentiel en est facile, attendu que dans toutes nos observations, nous avons insisté sur l'absence de tartre et de tout dépôt.

* * *

En résumé, l'*hypertrophie marginale de la gencive* est une entité clinique qu'il faut distinguer des diverses formes d'hypertrophie, inflammatoires ou autres, qui peuvent atteindre les gencives. Son origine traumatique paraît certaine vu l'absence de tout dépôt et de toute infection primaire ; la partie hypertrophique paraît même présenter

autant de résistance que la gencive normale aux infections secondaires qui pourraient venir compliquer cette affection primitive.

En terminant, nous insisterons encore sur la confusion qui existe dans les traités de stomatologie au sujet des différentes formes d'hypertrophies gingivales de natures diverses. Un renouvellement de la classification et de la nomenclature s'impose et nous terminerons par cette citation de Nogué : « L'état actuel de nos connaissances ne semble pas nous permettre l'établissement d'une classification définitive, l'étiologie de certaines de ces maladies ne nous étant pas suffisamment connue et cette étiologie est la seule base d'une classification rationnelle. »

Conclusions

1. L'hypertrophie marginale de la gencive est une maladie peu fréquente, atteignant les individus jeunes, de préférence ceux du sexe féminin.

2. Son lieu d'élection est la partie médiane de l'arcade dentaire comprise entre les deux premières prémolaires.

3. Elle atteint fréquemment les deux mâchoires à la fois ou reste localisée à la mâchoire supérieure ; elle ne paraît jamais atteindre la mâchoire inférieure seule.

4. Elle est le résultat de deux ordres de causes : des causes prédisposantes diététiques (anémie, chlorose), des causes déterminantes (irritations mécaniques).

5. L'infection microbienne ne semble pas intervenir dans l'éclosion ou l'évolution de cette affection.

6. Elle n'est jamais accompagnée de dépôts dentaires (tartre, etc.), ni de suintement.

7. Son aspect est celui d'une sorte de guirlande de bourgeons gingivaux lobulés, lisses, polis et recouverts d'épithélium.

8. Ses caractères particuliers (localisation, évolution, etc.) permettent de la distinguer de l'hypertrophie générale des gencives et de la gingivite hypertrophique proprement dite.
